N° 12.

Comment reconnaître la chaux vive mélangée avec une masse alimentaire?

Qu'est-ce que la membrane de Jacob?

Quels sont les principaux désordres produits par le rachitisme? Quels sont les moyens de traitement à lui opposer?

Exposer les causes, décrire la marche et les symptômes de la scarlatine angineuse.

QUESTIONS DE THÈSE

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,
LE 23 FÉVRIER 1838,

par **Balestrié (M.-René)**,
de Gignac (Hérault),

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

Quand on n'a pas ce que l'on aime,
Il faut aimer ce que l'on a.

MONTPELLIER,
Chez Jean Martel aîné, imprimeur de la Faculté de Médecine,
près la Préfecture, N° 10.

1838.

A MON PÈRE,

ex-Colonel, Commandeur de l'ordre royal d'Espagne, Officier de l'ordre de Naples et Sicile, Chevalier de la Légion d'Honneur, etc.

A MA MÈRE.

A mon Frère, à ma Sœur.

R. Balestrié.



PREMIÈRE QUESTION.

SCIENCES ACCESSOIRES.

N.° 27. Comment reconnaître la chaux vive mélangée avec une masse alimentaire?

Le médecin-légiste, appelé à constater la présence de la chaux vive (*oxide de calcium*) dans une masse alimentaire, doit soumettre le mélange à une température capable de détruire les substances organiques.

La calcination des aliments étant opérée, la chaux, si elle existe, se présente sous la forme d'un corps solide, d'un blanc grisâtre, d'une saveur âcre et caustique, peu consistant, verdissant le sirop de violettes, rougissant le papier curcuma, et se décomposant, par le courant électrique de la pile de Volta, en oxigène et en calcium.

Versée par gouttes sur l'oxide de calcium, l'eau est d'abord absorbée; bientôt après, le mélange s'échauffe, des vapeurs d'eau s'en dégagent, la chaux se fendille, paraît rouge si l'on opère dans l'obs-

curité, augmente de volume, blanchit et se réduit en poudre. (*Chaux délitée ou éteinte, hydrate de chaux composé de* 75 *parties de chaux et de* 25 *parties d'eau* (1).)

Vingt parties d'eau distillée, versées de cette manière sur une partie de chaux délitée, donnent l'eau de chaux : liquide transparent, incolore, inodore, d'une saveur analogue à celle de la chaux mais moins forte, verdissant le sirop de violettes, rougissant le papier curcuma, précipitant en blanc par l'acide carbonique (le carbonate de chaux déposé se dissout dans un excès d'acide carbonique), ne se troublant pas par l'acide sulfurique pur, donnant par l'acide oxalique un précipité blanc d'oxalate de chaux, insoluble dans un excès d'acide oxalique et soluble dans l'acide nitrique; exposée à l'air, l'eau de chaux en attire l'acide carbonique; le carbonate de chaux produit vient d'abord à la surface sous forme de pellicules, anciennement désignées sous le nom de *crême de chaux,* puis se précipite.

---

(1) Orfila, Répertoire général des sciences médicales, vol. VII, pag. 292.

SECONDE QUESTION.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

N.° 1. Qu'est-ce que la membrane de Jacob?

Tous les anatomistes n'admettant pas la membrane de Jacob; ne l'ayant jamais vue, quoique guidé dans mes recherches par un habile anatomiste ; trouvant d'ailleurs, dans les écrits et les leçons orales du professeur d'anatomie de cette Ecole, des preuves de la non-existence de cette membrane : je les rapporerai textuellement, afin de mieux exprimer ma pensée.

« L'on pourrait objecter qu'ici l'ossification accidentelle avait pour siége une membrane récemment découverte, et placée entre la choroïde et la rétine. Il parut en effet, en 1819, dans les Transactions philosophiques, un mémoire du docteur Jacob, professeur d'anatomie à Dublin, sur une nouvelle membrane (1).

« L'anatomiste irlandais affirme que la membrane qu'il a découverte est située sur la face extérieure de la rétine, à laquelle l'unisssent des vaisseaux et des nerfs ; il la suppose de nature séreuse. Pour voir la membrane, M. Jacob conseille d'enlever avec précaution la choroïde ; on voit ensuite, dit-il, la membrane en question s'étendant depuis le nerf optique jusqu'aux procès ciliaires, offrant des différences relatives à l'âge et aux diverses classes d'animaux. Ce n'est pas

(1) Voyez le 11[e] vol. du Journal complémentaire des sciences médicales.

seulement à la rétine que s'étendrait la membrane qui nous occupe, mais encore à la choroïde, où son adhérence serait moins intime qu'à la rétine.

« Bien pénétré de la disposition des rapports anatomiques assignés par le docteur Jacob à la membrane qui porte son nom, j'ai, à diverses reprises, fait des dissections, des préparations, soumis l'œil à des recherches de plus d'un genre pour m'assurer de l'existence de la nouvelle membrane, existence qui est pour moi aujourd'hui au moins fort douteuse. Pour bien constater ce qui aura pu en imposer pour la membrane du professeur de Dublin, il ne faut pas choisir des yeux d'un sujet mort récemment; il faut des yeux qui aient macéré durant un certain temps. Que trouve-t-on alors? une sorte de tissu tomenteux, membraniforme, brunâtre, de la couleur de l'enduit choroïdien, interposé entre la lame ruyschienne ou interne de la choroïde et la surface externe de la rétine. L'immersion fait disparaître ce tissu; quant à moi, je ne suis parvenu à l'apercevoir qu'alors qu'il y avait un commencement de décomposition du globe oculaire.

« L'anatomiste irlandais, tout en pensant que la nouvelle membrane se rapproche de la nature des séreuses, avoue toutefois qu'elle est villeuse et colorée par le pigment, caractères qui ne porteraient guère à l'assimiler aux séreuses. Pour dire ma pensée tout entière, je ne saurais admettre l'existence de la membrane de M. Jacob: je la regarde comme le produit d'une transsudation du pigment choroïdien, transsudation qui est l'effet d'un phénomène cadavérique. Ce pigment n'est-il pas toujours plus abondant à la face interne qu'à l'externe de la choroïde? Et, comme l'a fait observer Meckel, le pigment est composé d'une substance muqueuse particulière et d'une matière colorante, servant comme de moyen d'union aux molécules, et de manière à leur faire prendre la forme de membrane. Cependant, ceux qui, ne croyant pas au simple contact entre la choroïde et la rétine, admettent entre elles l'interposition d'une membrane et vont même jusqu'à la considérer comme une séreuse, peuvent être conduits assez naturellement à y placer le siége des ostéides que l'on découvre quelquefois

dans l'œil. Telle est l'opinion de Meckel, qu'il a exprimée dans son Manuel d'anatomie générale, descriptive et pathologique, lorsque, traitant de l'œil, il dit qu'on trouve réellement, sur la face externe de la rétine, une membrane très-mince, analogue aux séreuses, qui paraît être le siége des ossifications qu'on rencontre quelquefois entre la choroïde et la rétine; Meckel admet donc la membrane de Jacob.

« Toutefois, si nous invoquons les lumières de l'anatomie pathologique, elles nous montrent que, dans certaines circonstances de l'état morbide, il existe un tissu membraneux occupant l'intervalle qui sépare la choroïde de la rétine; et en effet, d'après les intéressantes recherches de M. Jacobson, il paraîtrait que la maladie désignée par Scarpa sous le nom de *staphyloma posticum*, ne serait que l'accumulation accidentelle d'un fluide qui existerait constamment, mais en petite quantité, entre la choroïde et la rétine. Je n'ai pas vu de faits anatomiques de cette espèce, et ils me paraissent d'une étude difficile et délicate; mais en réfléchissant à ce qui en a été dit, et malgré l'autorité des noms qui s'y rattachent, je ne vois aucune bonne raison pour nier la possibilité de la formation d'un kyste dans cette région, et d'expliquer ainsi tous les phénomènes qu'on a notés (1). »

« Malgré les recherches multipliées et variées sur des yeux humains et d'animaux mammifères, nous ne pensons pas qu'on puisse admettre la membrane de Jacob après avoir lu le beau travail de Langembek sur la rétine, travail dans lequel il mentionne la membrane du professeur irlandais; nous nous sommes livré à de nouvelles investigations, et n'avons obtenu qu'un résultat négatif. Au reste, tous les anatomistes sont loin de reconnaître la membrane en question; parmi ceux qui affirment son existence, la description qu'ils en donnent est loin d'être la même; ceux-ci prétendent que la membrane, pour être vue distinctement, doit être étudiée sur un œil frais; ceux-là affirment qu'on la distingue mieux sur des individus dont la mort date de quelque temps;

---

(1) Note sur un ostéide développé dans l'œil, par M. le professeur Dubrueil. Mémorial des hôpitaux du midi, vol. 1, pag. 134.

Walter, qui nous semble même avoir entrevu la membrane avant Jacob, avance qu'on peut la suivre jusqu'aux procès ciliaires; Weber la fait joindre à la membrane de Demour, tandis que Huscle soutient qu'elle se termine à la rétine. Consulte-t-on les auteurs sur la structure de la membrane qui nous occupe; c'est encore même vague, même incertitude. Les uns, parmi lesquels nous citerons Rodolphi, Arnold, la regardent comme de nature muqueuse; les autres, Weber, Franzel, ne doutent point qu'elle ne soit séreuse (1). »

Le professeur présente des yeux humains qui ont immergé dans l'alcool, et détache facilement des flocons celluleux placés entre la choroïde et la rétine; il pense que ce sont des débris de la rétine, ou mieux, dit-il, de la couche externe et séreuse de cette membrane qui enveloppe et protège la matière nerveuse.

---

(1) Leçons orales de M. le professeur Dubrueil, année 1835.

TROISIÈME QUESTION.

SCIENCES CHIRURGICALES.

N.° 337. Quels sont les principaux désordres produits par le rachitisme? Quels sont les moyens de traitement à lui opposer?

Le rachitisme, ou ramollissement des os, porte son influence sur les organes ou sur les fonctions d'organe ; de là, la division des désordres en *physiques et physiologiques*, désordres tellement liés entre eux qu'on ne peut les décrire séparément.

Pour procéder méthodiquement à l'exposition de ces désordres, nous les observerons : 1° dans chaque période de la maladie; 2° après la mort du rachitique.

Première période. Les premiers effets du rachitis sont des douleurs sourdes et quelquefois aiguës, répandues dans tout le système osseux. Les enfants atteints de cette affection deviennent tristes, inquiets ; tout les ennuie, les fatigue ; ils sont abattus ; leur abdomen se tuméfie, la tête augmente de volume, la mâchoire inférieure s'élargit ; des dents noires, fragiles, mal conformées, percent avec peine ; le visage conserve son éclat, quoique le reste du corps s'émacie sensiblement ; la peau est flasque ; les muscles, en diminuant de volume, perdent leur

force contractile ; les articulations, surtout celle du poignet et du genou, sont plus flexibles et plus volumineuses ; tout le système locomoteur, en un mot, est dans une torpeur extrême. Si les enfants sont dans la première enfance, ce n'est que très-tard qu'ils commencent à se soutenir sur leurs pieds ; s'ils marchaient déjà au début de la maladie, leurs pas chancelants et pénibles les exposent à chaque instant à perdre l'équilibre.

Deuxième période. La maladie, ayant résisté aux ressources de l'art et aux efforts de la nature, fait des progrès rapides. Le rachitique, fatigué par les jeux qui demandent le moindre exercice, supporte avec peine ceux auxquels il peut se livrer assis ; il cherche partout un appui qui l'aide à soutenir une tête trop lourde, le repos seul lui plaît. En même temps, les os perdant leur consistance déterminent des courbures serpentées à grandes anses, et toujours dans la direction des courbures naturelles ; les urines sont troubles, blanches, et déposent un sédiment à base de chaux ; les ganglions lymphatiques engorgés s'ulcèrent et forment des fistules incurables ; la figure de l'enfant prend un air de maturité, ses facultés intellectuelles se développent ; il est vif, spirituel dans ses réparties, agréable dans ses saillies. L'infortuné serait moins à plaindre s'il en était toujours ainsi ; mais on ne voit que trop souvent l'idiotisme, causé par l'hydrocéphale ou par plusieurs autres lésions cérébrales, accompagner le ramollissement des os.

Troisième période. La maladie continuant sa marche, les difformités qui n'étaient qu'ébauchées se dessinent mieux ; la colonne épinière se courbe en sens divers ; tantôt la déviation de l'épine s'éloigne de l'intérieur du thorax, et n'a d'autre inconvénient que de diminuer la hauteur de la cavité sans nuire aux organes intérieurs ; tantôt l'épine se déjette en dedans ou sur les côtés : cette déviation est accompagnée des plus grands dangers, car le poumon et le cœur ne peuvent manquer d'être comprimés, et de là les péricardites, les cardites, les hypertrophies, l'asthme, la pneumonie, la bronchite, l'infiltration du poumon, la formation et la fonte des tubercules, etc, qui accompagnent ces dévia-

tions; les nerfs qui naissent de la moelle épinière sont comprimés ou distendus, et de là l'altération de la sensibilité ou du mouvement des parties où ils se distribuent, et même la paralysie de certains muscles; le tiraillement des nerfs lombaires a pu produire un froid ineffaçable dans les cuisses et une irritation simulant la péritonite (1). Les clavicules prennent la forme d'un S romain, les côtes se redressent et portent le sternum en avant; en s'inclinant sur un de ses côtés, la colonne vertébrale éprouve un mouvement de torsion sur son axe; entraînées par cette torsion, les côtes qui corespondent à sa convexité s'écartent les unes des autres, et deviennent plus bombées; leur courbure antérieure diminue, la postérieure s'accroît proportionnellement et fait proéminer l'omoplate de ce côté; celles qui s'attachent à son côté concave éprouvent des changements tout contraires: aplaties en arrière, très-arquées en avant, tassées les unes sur les autres, elles rendent ce côté du thorax plus ou moins concave, l'omoplate moins saillante, la mamelle plus grosse. Le bassin perd sa forme, si le rachitique est jeune ; la peau sèche, aride, flétrie est sillonnée de rides; la maigreur est extrême, l'appétit nul; la digestion se fait mal, le dévoiement est opiniâtre, la respiration est courte et pénible; il survient de la toux, des hémoptysies, des palpitations, tous les signes en un mot d'une consomption générale, et la mort ne tarde pas à mettre un terme à tant de douleurs.

Chez l'adulte, les symptômes du rachitis sont un peu modifiés; l'intelligence est plutôt diminuée qu'augmentée, le volume de la tête ne change pas, les os subissent rarement des déviations, mais ils deviennent très-fragiles.

Le rachitisme n'est pas toujours accompagné de désordres aussi effrayants; il se borne le plus souvent à une légère tuméfaction des articulations, à une déviation peu sensible de l'épine, et à une altération passagère des fonctions digestives: ces accidents disparaissent au bout d'un certain temps, et le malade recouvre la santé.

---

(1) Mémorial des hôpitaux du midi, tom. 1.

AUTOPSIE.

Que trouve-t-on à l'examen cadavérique? La peau est lâche et ridée ; les muscles sont mous, pâles et jaunâtres; l'abdomen est volumineux ; le tube digestif est assez souvent enflammé, quelquefois ulcéré, on l'a même vu rempli d'ascarides; les glandes mésentériques sont engorgées; le foie a acquis un plus grand volume; un liquide foncé et sans amertume distend la vésicule biliaire; le pancréas, la rate, ont offert des lésions diverses; le thorax contient de la sérosité; le poumon est atrophié, rempli de tubercules crus ou en suppuration ; le cœur n'est pas exempt d'altérations.

La tête est grosse, les sutures du crâne ne sont pas réunies, les fontanelles existent encore à un âge très-avancé ; le cerveau est tantôt dur, consistant et bien nourri, tantôt mou et infiltré de sérosité.

La couleur, la forme, la consistance, la direction, le volume, tout est changé dans les os du rachitique; ils sont beaucoup plus rouges que dans l'état normal. « Leur surface, dit Duverney, est inégale, rabo- « teuse et recouverte, en certains endroits, d'une couche de matière « osseuse, formée par l'extravasation des sucs nourriciers (1). » Au lieu de ces rugosités, on trouve quelquefois de véritables exostoses. Le ramollissement des os est tel, dans certains cas, qu'on peut les plier en tout sens. Stœrk dit « qu'à l'ouverture du cadavre d'un enfant rachi- « tique âgé de deux ans, les os étaient tellement ramollis qu'on les « coupait par tranches comme du suif. » Les os sont très-fragiles et conservent rarement leur forme primitive, ils sont gonflés, pénétrés d'un liquide rougeâtre et sanguinolent. Le diploé des os plats est transformé en un tissu réticulaire très-abondant, qui augmente de beaucoup leur épaisseur. La partie compacte des os longs est amincie, le canal médullaire est élargi, la moelle injectée. Lorsque la maladie a fait quelques pas vers la guérison, les os ont l'aspect de l'ivoire, ils acquièrent quelquefois même la dureté du marbre.

---

(1) Duverney, Traité des maladies des os, pag. 294.

TRAITEMENT.

Le rachitis, comme toutes les maladies inconnues dans leur essence, a donné lieu à une foule de théories, dont le temps a fait justice, ainsi que des modes de traitement basés sur elles. Nous nous contenterons, sans entrer dans de plus grands détails, de nommer la garance, la fougère, l'acide phosphorique dont l'emploi est aujourd'hui rejeté, et nous passerons immédiatement à l'exposition d'un traitement beaucoup plus rationnel, ou mieux, dont l'expérience a démontré l'efficacité. Ce traitement consiste en moyens pharmaceutiques et soins hygiéniques. Nous ne parlerons pas des moyens orthopédiques, dont les détails sont immenses, chaque difformité formant, pour ainsi dire, une maladie à part, qui a ses indications spéciales et ses moyens particuliers.

Moyens pharmaceutiques. L'emploi des toniques dans une maladie caractérisée comme celle-ci par l'atonie et la faiblesse des organes, est généralement admis aujourd'hui. Leur administration sera pourtant subordonnée aux circonstances individuelles et aux symptômes présentés par les malades ; et, comme le fait observer Glisson, on respectera cet état d'éréthisme dans lequel le sujet se trouve quelquefois au début de la maladie. On se gardera bien de recourir aveuglément aux applications de sangsues, aux saignées, aux remèdes adoucissants; il sera beaucoup plus rationnel, sans abandonner absolument cette médication, de la modifier, de faire un usage prudent des évacuations sanguines générales ou locales, toujours relativement aux symptômes et aux forces du malade. Ces moyens thérapeutiques amèneront de bons résultats, si le rachitis ne reconnaît que des causes locales, sans aucun signe d'infection générale ; ils échoueraient et seraient même pernicieux, si, une fois les orages accidentels dissipés, on leur substituait un traitement plus curatif. Avant de commencer l'énumération des diverses substances pharmaceutiques préconisées par les différents auteurs qui ont écrit sur le rachitis, faisons observer qu'on ne doit

pas fonder uniquement son espoir sur les médicaments ; qu'on devra même ne les regarder que comme auxiliaires des moyens que l'hygiène met à notre disposition.

La médication anti-rachitique se composera de l'usage habituel d'une décoction de houblon ou de chardon bénit, de pensée sauvage, de gentiane et de salsepareille. Le vin de quinquina, la solution aqueuse de cette racine, la liqueur de Corvisart, le jus de cresson, le sirop amer de Portal, toutes les préparations de fer, celles du docteur Chrestien, le calomel enfin, exigeront un peu plus de réserve ; on devra les ordonner à des doses minimes d'abord, afin d'habituer l'estomac à leur action. Le sirop de Belet, composé avec le proto-nitrate de mercure, a été regardé par Portal et Salmade comme le spécifique de la maladie qui nous occupe. Ne pourrait-on pas attribuer les bons effets de ce remède, ainsi que ceux des frictions mercurielles, au spécifique de la syphilis, cause très-commune du ramollissement des os? Les cautères, les moxas peuvent, par leur application sur le voisinage du mal, amener un amendement salutaire, surtout dans le cas de rachitis traumatique et local, et après la cessation de tout symptôme inflammatoire. Un médicament dont l'expérience atteste l'efficacité dans le traitement de la cachexie scrophuleuse, du rachitis par conséquent, l'iode, a rendu les plus grands services entre les mains des praticiens habiles. M. Lugol emploie l'eau minérale iodée avec beaucoup de succès, il prescrit l'iode en solution dans l'eau distillée, d'abord à la dose d'un demi-grain, ensuite de deux tiers de grain, et plus tard d'un grain entier, sans dépasser cette dose ; le malade doit prendre ce solutum à jeun et à plusieurs reprises, ce qui permet de mieux calculer les effets de cette substance. On a vanté l'usage des purgatifs, des vomitifs et des narcotiques ; ces moyens peuvent être indiqués par l'état des voies digestives, et même améliorer momentanément l'état du malade ; mais leur action sur le rachitis paraît au moins fort douteuse.

Soins hygiéniques. Le régime des rachitiques mérite la plus grande attention; on doit le varier selon leur âge et leurs forces. S'ils sont encore à la mamelle, et que leur nourrice n'ait pas une santé parfaite, il faut leur en donner une autre, jeune et vigoureuse, dont le lait soit un peu ancien; plus tard, on prescrira les bouillons de viandes faites, on les nourrira avec ces mêmes viandes rôties; ils prendront, à tous les repas, une assez grande quantité d'un vin généreux.

Le séjour dans un pays sec et chaud, la promenade à la campagne au milieu du jour, l'équitation, la chasse, la danse, l'escrime, les jeux de ballon, de paume, de mail, les bains toniques, etc., sagement combinés aux ressources thérapeutiques, concourront puissamment à rétablir la santé. C'est à la sagacité du médecin de savoir opérer cette combinaison, et assurer ainsi le succès de ces méthodes.

QUATRIÈME QUESTION.

SCIENCES MÉDICALES.

N.° 500. Exposer les causes, décrire la marche et les symptômes de la scarlatine angineuse.

La scarlatine (*morbilli confluentes* de Morton; *rubeolæ rossalia* d'Hoffmann; *morbilli ignei*, *ignis sacer* de Zacutus Lusitanus; *scarlatina synanchia* de Sauvages, Vogel, Cullen; *febris scarlatina* des Latins, etc.), ce genre de maladie qu'Alibert classe dans les *dermatoses*, est définie par J. Frank: « un exanthème primitif, contagieux, « qui se montre à la suite de mouvements fébriles plus ou moins « marqués, et accompagné tôt ou tard d'une inflammation de la « gorge et surtout des amygdales, recouvre le plus ordinairement « toute la peau d'une rougeur (tantôt unie, tantôt avec pustules mili- « formes ou vésicules), et se termine par la desquamation de l'épi- « derme. »

Les auteurs ont établi plusieurs variétés de scarlatine, fondées, les unes, sur la nature et l'intensité plus ou moins grande des symptômes précurseurs et concomitants; les autres, sur les diverses complications qui peuvent survenir pendant son cours: de là, la scarlatine *bénigne* ou *maligne*, *simple* ou *compliquée*, *miliaire* ou *angineuse*.

J. Frank divise la scarlatine en *simple*, *inflammatoire* (qu'on a, dit-il, aussi appelée *angineuse*), *gastrique*, *nerveuse*.

La seule variété qui doive nous occuper est la scarlatine angineuse.

Les causes de la scarlatine sont *prédisposantes*, ou *occasionnelles*.

Causes prédisposantes. On a remarqué que les enfants au-dessous de dix ans sont surtout sujets à la scarlatine ; que jusqu'à vingt ans, les deux sexes sont également exposés à l'infection ; qu'après cet âge, les femmes y sont plus exposées que les hommes. Les temps de l'année influent peu sur la scarlatine ; cependant on l'observe plus souvent vers l'équinoxe, soit du printemps, soit de l'automne.

Cause occasionnelle. Cette cause consiste dans une contagion spécifique, comme le démontre la manière dont la scarlatine se propage : le contact du convalescent ou d'une personne qui a été dans la chambre d'un sujet atteint de scarlatine, les meubles, les vêtements, les lettres infectés ont suffi souvent pour occasionner la maladie qui nous occupe ; le refroidissement de l'atmosphère, son électricité paraissent favoriser la contagion.

La scarlatine angineuse offrant différents degrés d'intensité, nous la diviserons en *scarlatine angineuse bénigne* et *scarlatine angineuse maligne*, parcourant, l'une et l'autre, trois périodes, dites 1° d'incubation, 2° d'éruption, 3° d'exfoliation ou desquamation.

SCARLATINE ANGINEUSE BÉNIGNE.

Première période. L'éruption est ordinairement précédée par des alternatives de froid ou de chaud, ou par un frisson et un tremblement général. Bientôt après suit la pyrexie que signalent un pouls vif et fréquent et une chaleur ardente de la peau, avec agitation du malade. La céphalalgie est profonde ; les yeux sont rouges, larmoyants ; les narines sèches, la muqueuse de la bouche enflammée, la langue rouge et couverte d'un enduit blanchâtre, qu'on détache facilement avec

l'ongle; les amygdales sont tuméfiées et couvertes de l'enduit qu'on aperçoit sur la langue; toutes les muqueuses participant à cet état inflammatoire, la respiration est accélérée; une toux incommode fatigue le malade; les urines sont plus chargées, les coliques vives et accompagnées de diarrhée; le sujet est fatigué, abattu et forcé de rester au lit.

Deuxième période. L'éruption paraît quelquefois au début de la maladie; mais ce n'est, le plus souvent, que vers le deuxième ou troisième jour que l'exanthème se déclare, sous l'aspect de taches d'une teinte écarlate ou vineuse et d'une forme irrégulière, éparses sur toutes les parties du corps.

Troisième période. Au bout de cinq ou six jours, la pyrexie, qui a déjà diminué d'intensité, tombe d'une manière sensible. Tout phénomène catarrhal disparaît, l'enduit blanchâtre qui couvrait la langue et les amygdales se détache, et ces parties reparaissent avec la couleur vermeille qui leur est propre; l'exfoliation de l'épiderme se fait par feuillets étendus ou par petites écailles, et se continue long-temps après la convalescence.

SCARLATINE ANGINEUSE MALIGNE.

Première période. Au début de la maladie, les symptômes rapportés dans la première période de la scarlatine angineuse simple redoublent d'intensité; le trouble de la circulation est extrême, la céphalalgie plus violente; les amygdales se tuméfient et se couvrent d'un enduit pultacé; les muscles du cou et de la mâchoire inférieure se roidissent; dès le deuxième jour, la langue et la bouche sont d'une couleur écarlate; les tonsilles s'érodent et se revêtent d'une croûte blanche, grise ou jaune, qui, se mêlant avec une petite quantité de sang exhalé des tonsilles, prend une couleur brune ou noire, et simulent d'autant mieux l'aspect de certains ulcères que l'haleine est souvent très-fétide. Ces croûtes se distinguent des plaques couenneuses, en ce qu'elles sont

molles et qu'on peut les sillonner facilement avec un corps dur, ou les enlever avec le bout du doigt sans qu'il en résulte de la douleur.

Le troisième jour, la voix est rauque, la déglutition difficile et très-douloureuse, la langue est d'un rouge très-vif; alors surviennent aussi les nausées, les vomissements, la diarrhée, l'éternuement, les hémorrhagies nasales; le malade entre dans le délire, et meurt ordinairement avant que la maladie ait atteint sa deuxième période.

Deuxième période. Qu'il se montre dès le premier jour de la maladie ou au troisième seulement, l'exanthème se compose de taches d'une teinte écarlate, vineuse ou livide, éparses sur le dos, les flancs, le cou, la poitrine et les membres; il s'efface quelquefois le jour même de son apparition, et se développe de nouveau à une époque plus ou moins rapprochée. Cette espèce de scarlatine, dit M. Boyer, s'accompagne très-souvent d'une tuméfaction très-prononcée du tissu cellulaire sous-cutané, surtout à la face et aux doigts dont la flexion et l'extension se trouvent gênées.

Troisième période. L'exanthème dure très-long-temps; l'exfoliation se fait peu à peu et par petites écailles. On a vu des sujets garder les taches toute leur vie; on en a vu d'autres chez lesquels l'ulcération de la gorge ayant persisté s'étendit jusque dans le pharynx et devint funeste au malade.

FIN.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES DOYEN, *Suppléant.*	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT, *Examinateur.*	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND, PRÉSIDENT.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DUGES.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS.	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES,	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

Professeur honoraire : M. AUG.-PYR. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KÜNHOHLTZ, *Examinateur.*
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHÉ, *Examinateur.*
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR, *Suppléant.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Matière des Examens.

1er *Examen.* Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle des médicaments, Pharmacie.

2e *Examen.* Anatomie, Physiologie.

3e *Examen.* Pathologie externe et interne.

4e *Examen.* Matière médicale, Médecine légale, Hygiène; Thérapeutique.

5e *Examen.* Clinique interne et externe, Accouchements.

6e *et dernier Examen.* Présenter et soutenir une Thèse.